

в сторону сохранения здоровья требует диалога и понимания субъективных представлений, обуславливающих определенный образ действий.

#### Литература

1. Основные показатели здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений г. Екатеринбурга за 2010 год // Сборник подготовленный экспертно-аналитическим отделом Управления здравоохранения администрации г. Екатеринбурга по данным годового государственного статистического отчета. Екатеринбург: ООО «Рекламная группа “Торнадо-дизайн”» - 31 с.
2. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), Российская Федерация, 2009 г. URL: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru\\_tfi\\_gatsrussian\\_countryreport.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf) / (дата обращения: 18.08.2011).
3. Е.А. Багнетова Влияние семейных факторов на образ жизни и здоровье старшеклассников // [Социологические исследования](#), № 8, Август 2011, С. 139-142.
4. А.А. Пашин Сравнительный анализ отношения к здоровью и здоровому образу жизни подростков младшего и старшего возраста // [Вестник спортивной науки](#), № 3, 2009, С. 44-47

Рязанова Е.А.,

г. Пермь

#### ПРАКТИКИ САМОРАЗРУШИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Высокая смертность трудоспособного населения, и что немаловажно, избыточная смертность мужчин трудоспособного возраста, является одной из основных демографических проблем в Российской Федерации. В общей структуре сверхсмертности трудоспособного населения преобладают именно те болезни, которые являются следствием неправильного образа жизни, распространенности саморазрушительных форм поведения (курение,

злоупотребление алкоголем, неправильное питание, физическая инертность и т.д.). Закономерным в этой связи представляется то, что в «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» ведущим направлением государственной политики выступает сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни [1].

Эмпирической базой изучения практик саморазрушительного поведения выступили результаты выборочного социологического исследования, проведенного в группе работников, занятых на предприятии черной металлургии с полным технологическим циклом выпуска металла. Метод – раздаточное анкетирование на рабочем месте. Общий объем выборочной совокупности – 151 человек (способ отбора респондентов – целевой, основной критерий отбора – занятость во вредных условиях труда). Доля мужчин в исследуемой совокупности – 55%, доля женщин – 45%. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ SPSS 19.0 for Windows.

Оценка характера распространенности практик курения и потребления алкоголя среди работников обследуемого предприятия осуществлялась в два этапа. На первом этапе была применена процедура итеративного кластерного анализа методом k-средних (k-means), позволившая дифференцировать поведение анализируемой группы респондентов в отношении употребления алкоголя и курения. На втором – с помощью процедуры кросс-табуляции был создан обобщенный социальный портрет наиболее проблемных групп работников, реализующих максимально рискованный, в отношении собственного здоровья, тип поведения.

На начальном этапе построения кластерной модели были рассчитаны интегральные показатели, маркирующие общую распространенность практик никотиновой и алкогольной зависимости. Исходными данными для построения интегральных индексов выступили переменные вида ординальной шкалы, устанавливающие характер подверженности активному

и пассивному курению, частоту употребления слабоалкогольных (вино, пиво, шампанское и др.) и крепких спиртных напитков (водка, коньяк, виски и др.).

Интегральный индекс подверженности курению рассчитывался по формуле:

$$F^{S,A} = \frac{N_{mod} + A_{mod}}{2}, \quad (2)$$

где  $N_{mod}$  и  $A_{mod}$  – значение переменных, характеризующих практики активного и пассивного курения.

Расчет индекса общей распространенности алкогольной зависимости производился по соотношению (2), где  $N_{mod}$  и  $A_{mod}$  – значения градации шкал, маркирующих частоту потребления слабых и крепких алкогольных напитков.

В процессе построения кластерной модели были установлены средние оценки полученных показателей, определены эталонные кластеры относительно которых были распределены работники предприятия.

Расстояние между кластерами рассчитывалось на основе Евклидовой дистанции вида:

$$dist = \sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2}, \quad (3)$$

где  $x_i$  и  $y_i$  значение  $i$ -свойства объектов  $x$  и  $y$ .

В процессе кластеризации работники были распределены по заданным четырем кластерам, отличающимися средними значениями анализируемых интегральных индексов.

Поведение работников вошедших в первый кластер (33,8% исследуемой совокупности) характеризуется прошлым опытом активного курения, и отсутствием воздействия пассивного курения со стороны членов семьи. Для данной группы респондентов также характерно употребление как крепких, так и слабоалкогольных напитков с частотой 1 раз в месяц.

Второй кластер (27,6%) составили регулярно курящие работники, выкуривающие, в среднем, 16 сигарет в день не подверженные пассивному курению, употребляющие крепкое спиртное в прошлом и слабоалкогольные напитки реже 1 раза в месяц, «по праздникам».

Третий кластер (21,4% выборки) в равной степени представлен как эпизодически курящими работниками не подверженными курению со стороны членов семьи, так и респондентами, имеющими прошлый опыт потребления табака, однако систематически подвергающимися пассивному курению. В данной группе отсутствует опыт употребления крепких и слабых алкогольных напитков.

В четвертый кластер (24,1%) вошли работники с самыми высокими средними значениями интегральных показателей никотиновой и алкогольной зависимости. Данный кластер составили регулярно курящие респонденты, выкуривающие, в среднем, 15 сигарет в день, систематически подвергающиеся воздействию пассивного курения со стороны членов семьи, употребляющие крепкие и слабые алкогольные напитки несколько раз в месяц и чаще.

Социально-эпидемиологические исследования доказывают, что делительное и систематическое воздействие алкоголя и никотина провоцирует нарушение функционирования всех жизненно важных органов и систем. Причем, курение существенно усиливает эффект воздействия на человека и других негативных факторов. К примеру, комбинация злоупотребление алкоголем и курение значительно увеличивают риск развития онкологических заболеваний: среди людей, которые подвержены курению в сочетании с злоупотреблением алкоголем риск развития рака ротовой полости и пищевода в 35 раз выше по сравнению с теми, кто не употребляет алкогольные напитки и не курит [2].

Таким образом, конструирование обобщенного социального портрета работников реализующих практики никотиновой и алкогольной зависимости, более чем, актуально для второго и четвертого кластера, поскольку именно

поведение данных групп респондентов сопряжено с максимальным, «опасным» уровнем риска.

Процедура кросс-табуляции позволила определить, что работники, относящиеся ко второму кластеру, в равной степени представлены как мужчинами, так и женщинами, однако по другим социально-структурным параметрам наблюдаются значимые различия. Данный кластер составили респонденты в возрасте от 18 до 25 лет (42,9%), со средним общим и ниже уровнем образования (42,9%), среднемесячный доход которых сосредоточен в интервале от 10 до 20 тыс. рублей (31,1%).

Группа работников, вошедших в четвертый кластер, представлена преимущественно мужчинами (22,5% всей выборки), в возрасте от 26 до 35 лет (24%), со средним специальным уровнем образования (17,3%), среднемесячный доход которых составил свыше 20 тыс. рублей (30%).

Исследование показало, что реализация типа поведения сопряженного с максимальным, «опасным» уровнем риска (широкая распространенность курения, в сочетании с высокой частотой потребления как крепких, так и слабоалкогольных напитков) характерна для пятой части работников, причем именно для мужчин молодых возрастов. Таким образом, широкая распространенность деструктивных форм поведения (курение, злоупотребление алкоголем), характерных для представителей рабочих специальностей, актуализирует необходимость реализации на промышленных предприятиях действенной социальной политики, направленной в первую очередь, на профилактику и минимизацию практик саморазрушительного поведения.

#### Литература

1. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (вместе с "Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») / Официальный сайт компании

2. Talamini R., Francesch S., Barra S., La Vecchia C. // International Journal of Cancer.- 1990.- N 46(3).- p. 391-393.

Тимченко Н.С.,

г. Барнаул

## МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО В ЭПОХУ ПОСТМОДЕРНА: НОВЫЕ КОЛЛИЗИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

В 2002 году «Британский медицинский журнал» предпослал напечатанным в одном из своих номеров статьям предисловие с достаточно провокативным названием: «Слишком много медицины? Похоже, что так». Оно четко и определенно предлагало не только оценить место и роль медицины в современном обществе и в повседневной жизни человека, но со всей очевидностью давало понять читателям, что к достижениям и свершениям медицинской науки и практики возможно отнестись весьма критически.

Конечно, это идет вразрез с устоявшимся годами, привычным и во многом совершенно оправданным пиететом к медицине и к людям в белых халатах, воспринимаемых общественным сознанием, как «первые после Бога»! Утверждение этого положения обосновано рядом обстоятельств: 1) самоотверженность ученых-медиков периода «героической медицины» положила конец свирепым инфекциям, которые создавали угрозу целым государствам в XVIII-XIX в.в.; 2) благодаря системной организации медицинской помощи в XX веке жизнь человека стала более продолжительной, значительное число людей, прежде обреченных на смерть, получили шанс сохранить жизнь; 3) плодотворное взаимодействие